CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ŒDÈME DUR
TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Janvier 1906

PAR

Louis LATIL

Né à Cuers (Var), le 29 septembre 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. DE ROUVILLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
GALAVIELLE	JEANBRAU	GUERIN
RAYMOND	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MM. les Docteurs

Bossuet LAUGIER, Philip ROUSTAN, REYNAUD

CHIRURGIENS ET MÉDECINS DE L'HOPITAL DE GRASSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. LATIL.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA TANTE ÉMILIE TAUREL

Qui a été pour nous une seconde mère.

L. LATIL.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales et au moment de quitter la Faculté, il nous reste un devoir bien doux à remplir : celui d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux, parents, maîtres et amis, qui nous ont fourni les moyens d'arriver au but tant désiré.

Mais nos remerciements vont particulièrement à MM. les docteurs de l'hôpital de Grasse, dans le service desquels pendant deux ans nous remplîmes les fonctions d'interne. Ils eurent pour nous une bienveillance et une sollicitude dont nous leur saurons toujours un gré infini.

Nous tenons enfin à remercier M. le professeur Tédenat de l'honneur insigne qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous serons toujours reconnaissant au docteur Martin de nous avoir donné le sujet de cette thèse et de nous avoir fourni une partie de nos documents et une observation.

Est-il besoin de dire à nos amis que c'est avec un profond regret que nous les quittons ? Ils surent en certaines circonstances nous prouver leur dévouement, aussi ne les oublierons-nous jamais.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒDÈME DUR TRAUMATIQUE

CHAPITRE PREMIER

M. Secretan, de Lausanne, a attiré l'attention sur un syndrome clinique, auquel il a donné le nom d'œdème dur traumatique et qu'il définit ainsi : « Nous appelons œdème dur, le résidu traumatique persistant que laissent les contusions qui s'accompagnent d'une infiltration abondante de la peau et du tissu cellulaire ».

Étiologie. — L'œdème dur traumatique a habituellement pour cause un coup bien localisé, plus ou moins violent (coup de marteau ou tout autre outil, une chute d'un corps pesant, etc.) ; un simple effort avec extension exagérée peut le provoquer. Il peut se produire dans d'autres régions qu'à la main ou au pied. S'il est plus fréquent au dos de la main, c'est que celle-ci est plus exposée aux contusions et que l'infiltration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, reposant directement sur un plan osseux est plus nette que dans les régions où les téguments recouvrent les masses musculaires.

Symptomes. — Dans les premiers jours qui suivent l'accident, on observe une tuméfaction plus ou moins étendue et plus ou moins accentuée, avec quelques ecchymoses ou suffusions sanguines ; la partie atteinte est douloureuse ; la pression laisse subsister une légère empreinte du doigt ; jusque-là tous ces phénomènes n'offrent rien de caractéristique et de différent avec le tableau d'une contusion commune. Mais au bout d'un certain temps, non seulement souvent l'œdème ne diminue pas, mais encore devient beaucoup plus dur, et dans la troisième semaine il est ferme et élastique. Secretan le compare à un coussinet élastique. A la main et au pied cet œdème n'empiète jamais sur les face plantaire et palmaire et se confond insensiblement avec la peau de l'avant-bras et de la jambe.

La peau ne se laisse pas plisser, ne garde pas l'empreinte du doigt ; elle est sèche, luisante, squameuse, plus ou moins violacée ; elle montre des troubles de sécrétion et de circulation. La sensibilité de la peau est intacte ; les irritations thermiques et électriques sont perçues comme du côté sain. On n'y voit aucun signe d'inflammation, ni d'ecchymose.

La pression reste douloureuse et permet de percevoir un bruit particulier, rappelant la crépitation de l'aï douloureux. On peut encore produire cette crépitation en essayant de déplacer la tumeur œdémateuse ; de même quand on appuie la tumeur contre les tendons des extenseurs et que l'on opère des mouvements passifs avec les doigts.

Pendant la durée de l'œdème et même lorsqu'il a diminué, les doigts présentent souvent un œdème mou qui serait comme une expression des troubles de la circulation.

Parmi les troubles fonctionnels, les mouvements du poignet sont intacts. Les mouvements actifs des doigts sont, selon l'intensité de l'œdème, notablement diminués. Les mouvements passifs, particulièrement l'extension, sont douloureux.

Ce qui est très caractéristique, ce sont les douleurs que l'on provoque en exerçant une pression sur les métacarpiens ainsi que sur les os du carpe et l'extrémité inférieure du cubitus et du radius : pourtant l'examen pratiqué aux rayons X n'a jamais montré ni fractures, ni fêlures, ni de lésions de périostites.

A ce tableau, il faut ajouter la persistance de l'induration. Elle reste longtemps stationnaire, puis elle commence à diminuer, pour ne disparaître que dans huit à douze semaines, souvent elle dure encore plus longtemps. Nous voyons dans le cas de Borchard, qu'il n'y a aucune amélioration au bout de trois mois ; de même dans le cas du cordonnier de l'observation de Grunbaum. Si le malade, avant que l'œdème ait complètement disparu, veut reprendre le travail, il arrive souvent que le moindre traumatisme ou le moindre effort suffisent pour amener une recrudescence de tous les symptômes.

Il persiste souvent, même quand l'œdème a disparu, une petite nodosité qui ne disparaît que très longtemps après, pouvant donner l'idée d'une lésion osseuse.

Pathogénie. — Des recherches anatomo-pathologiques complètes n'ont pas encore été faites. Il s'agirait ici d'un exsudat fibreux, diffus entre la peau qui se laisse distendre et le plan profond qui résiste ; exsudat qui se résorbe lentement et peut s'organiser et former des duretés fibreuses permanentes. La nature fibreuse de cet exsudat a d'ailleurs été confirmée à la suite d'une exérèse que fit Secretan pour améliorer un cas grave et rebelle. Le morceau excisé de la tumeur œdémateuse se composait en effet d'un tissu fibreux solide dur, grisâtre, montrant à sa face profonde des sillons dans lesquels étaient enfouis les extenseurs. On peut penser, dit M. Grunbaum, que cette masse fibreuse s'est développée aux dépens du sang épanché qui, au lieu de se résorber, se serait organisé en tissu conjonctif d'une manière analogue à ce qui se produit dans la

myosite ossifiante traumatique où le sang répandu dans les muscles sous l'influence de la contusion, s'organise en tissu osseux au lieu de rentrer peu à peu dans la circulation.

D'après M. Grunbaum il se passerait dans les os du squelette de la main des modifications importantes que Borchard avait signalées déjà, consistant en une atrophie osseuse secondaire, de même ordre pathogénique que les troubles trophiques de la peau, des cheveux, des ongles et des muscles, apparaissant après des blessures ou des lésions entraînant des troubles circulatoires étendus. Cette opinion de Borchard et Grunbaum se base sur ce fait, que lors des divers examens radioscopiques, ces auteurs crurent constater que les ombres projetées sur un écran ne présentaient que de minces traits sombres sur les côtés des os et notamment des phalanges, ce qui ne s'expliquerait que par une transparence anormale de ces os. Il pourrait être question là aussi d'une sorte d'inflammation que Sudeck a décrite sous le nom d'atrophie inflammatoire aiguë des os. Cependant M. Secretan aurait trouvé les os normaux dans un cas opéré par M. Roux.

Diagnostic différentiel. — Diverses manifestations morbides ayant des symptômes communs avec l'œdème dur traumatique, s'en distinguent de la manière suivante :

Œdème inflammatoire. — Il est mou, la peau est rouge. On trouve sur celle-ci le point de départ de l'infection. Les ganglions sont tuméfiés ; il disparaît rapidement avec la cause qui l'a provoqué.

Œdème par gêne de la circulation. — On peut le produire par serrement au moyen d'un lien placé sur le bras, l'avant-bras ou au poignet. L'application d'un bandage inamovible, qui n'amène aucune modification en cas d'œdème dur, déjoue

la simulation en empêchant l'intéressé d'entretenir l'œdème artificiellement.

Fracture des os du carpe, métacarpe, du tarse, du métatarse. — Il existe des ecchymoses et les symptômes sont plus localisés. Le gonflement dure moins longtemps et quand il a disparu on perçoit un cal caractéristique. La radioscopie confirme le diagnostic.

Caillot sanguin. — Celui-ci entretient des taches ecchymotiques qu'on ne rencontre pas dans l'œdème dur.

Ostéites chroniques. — Certaines lésions de ce genre, spécialement quand elles sont de nature tuberculeuse, peuvent offrir de grandes difficultés. La radioscopie est le meilleur moyen d'enlever les doutes.

Pronostic. — M. Secretan considère le pronostic de l'affection assez bénin ; pourtant, à en juger d'après certaines de ses observations que nous citons, d'après le cas de Borchard, il existe à côté des formes relativement bénignes des variétés très graves d'œdème traumatique, où l'exsudat au lieu de se résorber, finit au contraire par s'organiser et finit par compromettre les fonctions de la partie malade. Comme cette affection, dans la majorité des cas, est le résultat d'un accident de travail et que l'on se trouve en présence d'assurés le pronostic doit toujours être réservé.

Traitement. — L'immobilisation, les compressions méthodiques, les bains d'air chaud sont restés inefficaces. Le massage serait plutôt nuisible qu'utile. Outre ces moyens, l'on a essayé les applications de collodion iodoformé, les bains de lumière, sans non plus obtenir d'amélioration. L'excision de

la tumeur tentée par M. Secretan, ne lui a pas donné le succès qu'il espérait. Plus efficace aurait été le traitement adopté par M. Grunbaum et basé sur la propriété que posséderait la thiosinamine injectée par voie hypodermique, de limiter son action à certains tissus anormaux, dont elle amène l'absorption ou la transformation en tissus normaux. M. Grunbaum pratique trois fois par semaine une injection d'une seringue de Pravaz d'une solution alcoolique de thiosinamine à 15 % dans l'avant-bras, le plus près possible de la limite de l'œdème. Son malade reçut trente-deux injections sans en ressentir aucun trouble. A partir de la troisième semaine, la tuméfaction rétrocéda et un mois après il pouvait reprendre son travail. On pourrait à ce traitement associer les bains chauds et des mouvements passifs des doigts. Ce qui donne le meilleur résultat, ce sont les pansements humides.

OBSERVATIONS

CHAPITRE II

Observation Première

(Secretan)

T..., âgé de 35 ans, manœuvre à la canalisation de Chailly, travaillait à la pelle dans un fossé étroit ; en ramenant vivement la pelle à lui, après avoir lancé la terre sur le bord du fossé, sa main gauche, qui tenait le bout du manche, a heurté violemment la paroi de la tranchée, qui contenait de grosses racines saillantes. L'accident date du 21 mai, à 6 heures du soir. Il désirait continuer son travail, d'autant plus que, sa main ne présentant pas de traces d'écorchure, il craignait d'indisposer ses supérieurs en ne continuant pas la besogne, mais la douleur est trop vive. Le dos de la main enfle peu à peu, et quand T... se présente à moi le 22 au matin, la main présente un gonflement œdémateux, diffus et uniforme du dos du métacarpe, qui s'étend jusqu'à la base des doigts. Pas de traces de plaies, ni d'ecchymoses, ni d'hématomes. La pression, douloureuse sur toute la région, laisse une légère empreinte du doigt. Le sinistré ne peut fermer la main, la flexion est très limitée. On ne trouve pas de traces de crevasses à la

main, aucun processus infectieux. L'examen attentif des métacarpiens nous montre qu'il n'y a pas de fracture.

Au bout de quatre jours le gonflement, très apparent, se limite au dos du métacarpe ; la racine des doigts n'est plus enflée. Le gonflement est réduit, mais plus dur, le dos de la main est comme rembourré. Il a l'aspect d'un coussinet élastique très dur ; le doigt n'y laisse plus d'empreinte. La peau ne présente aucune teinte ecchymotique ; en essayant de la plisser, on se rend compte que le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré et que la peau est adhérente à la masse œdématiée. La flexion des doigts est très gênée, douloureuse. Le blessé sent que l'obstacle siège au dos de la main. Les tendons de l'extenseur pris dans l'exsudat ne se prêtent plus à la flexion des doigts. Le pouce seul a gardé sa mobilité normale.

On ne perçoit aucune irrégularité du relief osseux et la photographie des os que j'ai fait faire à l'hôpital démontre un squelette absolument normal.

Le 10 juin, l'état est demeuré presque stationnaire. L'induration forme une saillie un peu plus marquée au niveau de l'index, le reste de la région était moins gonflé, mais l'induration avait persisté ainsi que l'épaississement diffus. La flexion des doigts, de l'index surtout, est notablement limitée. T... n'arrive pas à fermer la main. Les extrémités digitales restent à deux centimètres de la paume, malgré un effort douloureux. Seul le pouce a recouvré ses fonctions complètes.

Je présente T... au docteur Vulliet le 21 juin. L'amélioration est extrêmement lente et nous prévoyons qu'on ne pourra pas lui imposer de travail avant la fin du mois. La situation est si peu changée le 1er juillet que je prévois un chômage de cinq semaines au moins.

Observation II

(Secretan)

D... se présente le 18 juin avec le dos de la main droite gonflé. Il a reçu le 17 juin un éclat de pierre parti d'un mètre audessus de lui. On constate une petite excoriation que je touche à la teinture d'iode et qui guérit en trois jours. Pas de trace d'infection ; pas de fracture. Le gonflement est moins marqué que dans le cas précédent et je ne prévois que cinq semaines de chômage.

Le 1er juillet, le gonflement a diminué, mais la flexion reste gênée, l'induration est marquée. Il s'agit également d'un cas léger d'œdème dur du métacarpe dorsal.

Observation III

(Secretan)

D... reçoit une pierre plate tombant de deux mètres de haut en travaillant au chantier de Bel-Air le 18 octobre 1900. En 24 heures il se forme un œdème diffus du dos du métacarpe. Pas de plaie, pas de fracture, guérison très lente. Reprise du travail le 18 décembre avec encore une légère induration. J'ai revu cet ouvrier ce printemps. La guérison est parfaite.

Observations IV et V

(Secretan)

S... a eu la main prise dans un éboulis le 9 janvier 1901. Le 4 avril 1901 le métacarpe est encore très dur et épais. L'induration est plus marquée au niveau du médius, dont la flexion

est incomplète. Comme il désire entrer dans son pays, je lui accorde encore trois mois de chômage.

F... présente une lésion semblable du métacarpe gauche, à la suite d'une contusion violente sans plaie, datant du 26 février. Le 4 avril 1901, l'annulaire et l'index ne se fléchissent que difficilement.

Observations VI et VII

(Secretan)

V... et R..., qui présentaient au commencement de décembre une lésion identique à celle de T... (observation première), n'ont pu reprendre leur travail qu'au commencement de mars.

Observation VIII

(Secretan)

D..., employé, a le pied gauche pris sous une caisse très lourde, le 26 décembre 1899. Le pied est extrêmement enflé couvert d'ecchymoses, mais on ne constate ni plaie, ni fracture, La photographie des os a été faite par Berthez. L'enflure du métatarse a été tellement persistante que le sinistré n'a pu reprendre son travail qu'au bout de sept mois. Au mois de juin 1901 le métatarse était encore épais et sensible.

Observation IX

(Secretan)

S... en nettoyant un monte-charge, le 18 octobre 1899, a eu la main gauche prise sous le contre-poids. Les premières phalanges et le dos du métacarpe ont subi une contusion violente

qui a déterminé quelques plaies dermiques dont la cicatrice est peu apparente. Les plaies guérissent rapidement, mais le dos du métacarpe reste épais et fort dur ; la flexion de l'index, du médius et de l'annulaire est extrêmement gênée. La lésion demeurant stationnaire pendant plusieurs mois, le premier septembre 1900 la Compagnie d'assurances me charge de suivre ce cas interminable. A ce moment, S... présente sur le métacarpe dorsal un gonflement dur, élastique, faisant saillie surtout entre l'index et le médius. La peau est violacée; tendue, la flexion des doigts, au niveau desquels le tissu induré est le plus épais, est extrêmement gênée, parce que les tendons extenseurs de ces doigts sont pris et immobilisés dans le néoplasme. Les tendons fléchisseurs et les muscles qui les actionnent n'ont subi aucune atteinte. La photographie des os démontre que le squelette est absolument normal.

On pense à la possibilité d'une ostéite tuberculeuse, d'une tumeur fongueuse de la gaine des tendons. La syphilis est exclue à la suite d'un traitement énergique qui ne donne aucun résultat.

On décide une incision exploratrice. La tumeur est constituée par un tissu fibreux, épais, uniforme, grisâtre, très dur. L'incision met à nu les tendons des extenseurs normaux qui sont pris dans la partie profonde de cette épaisse gangue fibreuse. Le relief des os est normal à la palpation. Pas de trace de pus ni de tuberculose. Avant de recoudre on résèque une portion de ce tissu au-dessus des tendons. L'incision semble guérir par première intention en huit jours. L'amélioration n'est pas marquée. 15 jours plus tard, S..., qui s'occupe ici et là, éraille sa cicatrice qui s'ulcère. L'induration et l'ulcération persistent des mois. En mars 1901 les doigts ne sont guère améliorés. Les doigts moyens ne se fléchissent que faiblement à cause des adhérences des tendons extenseurs au tissu fibreux. A la fin avril les mouvements de flexion des doigts paraissent

sérieusement compromis. (Perdu le malade de vue à partir de ce moment-là.)

Observation X

(Secretan)

M... a le genou droit serré par un bloc de pierre contre un mur. Il se présente à moi le lendemain avec un œdème diffus de la portion interne du genou, qui garde l'empreinte du doigt. Pas d'épanchement dans l'articulation.

Peu à peu la plaque œdémateuse devient dure et forme une proéminence apparente à la vue, du volume de la moitié d'une grosse pomme. La plaque indurée, épaisse, qui résulte de l'infiltration de la peau et du tissu cellulaire est bien limitée. On peut la saisir et la faire mouvoir sur les plans profonds. Nous avons constaté ici, comme pour d'autres localisations, la persistance de l'induration qui était encore très marquée au bout de six semaines.

Observation XI

(Secretan)

C... reçoit, le 30 octobre, le choc d'une pierre sur l'avant-bras gauche près du coude. Je constate quelques écorchures et une enflure diffuse, marquée surtout à la partie antéro-externe. Il se forme quelques ecchymoses dans le voisinage. La partie antéro-externe de l'avant-bras reste dure et saillante. La peau et le tissu cellulaire sous-cutanés sont infiltrés et forment une plaque de 10 centimèt. de long sur 5 de large, épaisse, qu'on peut saisir entre les doigts et mouvoir sur les plans

profonds. Il s'agit encore ici d'un œdème dur, traumatique, persistant. Mais dans ce cas l'œdème n'a aucune relation de contiguïté avec le plan osseux dont il est absolument indépendant. Cette plaque indurée est encore très apparente le 29 janvier. Le travail n'a été repris qu'à la fin février.

Observation XII

(Borchard. — Traduite de l'allemand)

Dans le cas de Borchard, il s'agit d'un tuilier de 41 ans qui, en novembre 1895, était tombé sur la main droite. Celle-ci s'enfla beaucoup avec une douleur assez vive. Le médecin consulté le lendemain, ordonna du repos et des compresses froides. Comme aucune amélioration ne se produisait au bout de trois semaines, le patient se fit recevoir à l'hôpital où il fut traité pendant 8 à 9 semaines par des massages et par des bains de vapeurs. Les douleurs revinrent moins vives, mais l'enflure ne diminua pas sensiblement. Le malade reprit malgré tout son travail. Mais au bout de huit jours, la main s'enfla de nouveau, les douleurs reparurent si fortes que le malade dut avoir recours à un traitement médical. Petit à petit les douleurs disparurent et la main put être employée à un travail léger quoique l'enflure persistât. En novembre 1902, le malade tomba de nouveau sur la main droite, aussitôt se produisit une douleur assez grande et une enflure assez forte. Après cinq semaines seulement, il put entreprendre un travail léger ; en essayant un travail pénible une aggravation se produisait. En 1902, au fauchage de l'herbe, la douleur et l'enflure augmentèrent de nouveau ; le patient fut obligé de rentrer à l'hôpital. A l'examen, on trouvait une enflure ferme et dure du dos de la main ; la peau pâle, bleuissant par places,

sans plissement ; la mobilité diminuée ; l'examen par les rayons X ne fit voir aucune fracture du squelette. Après trois mois de traitement sans résultat par le massage et les bains chauds, il quitte l'hôpital, en conservant de l'enflure.

Observation XIII

(Grunbaum. — Traduite de l'allemand)

Un cordonnier reçoit un coup de marteau sur le dos de la main gauche. La main s'enfla et la douleur fut très vive. Il fut traité par son médecin, avec des compresses froides et l'immobilité. Comme son état ne s'était pas amélioré au bout de trois semaines, il fut soumis à un autre traitement à l'hôpital. Vu la longue durée et la consistance très dure de l'enflure, je fis examiner le malade aux rayons X qui n'offrit aucune raison suffisante pour croire à une fracture. On traita comme d'ordinaire cette contusion opiniâtre avec de puissants massages qui demeurèrent sans résultat. L'enflure ne diminua pas, mais, au contraire, les douleurs devinrent plus fortes. Une immobilité de plusieurs semaines n'obtint pas plus de résultat, à tel point que le malade dut être adressé à l'assurance dans l'impossibilité de gagner sa vie.

Observation XIV

(Grunbaum)

Un serrurier, en déchargeant une caisse trop lourde, reçut une contusion de la main droite : elle fut pressée entre le montant de la porte et le côté de la caisse. La main s'enfla fortement et offrit, au bout de trois semaines, l'image d'un œdème

dur. Le malade fut traité pendant longtemps par le massage et bains chauds sans trop de résultat.

Observation XV

(Grunbaum. — Traduite de l'allemand)

Un homme de 34 ans, pendant son travail, le 19 décembre 1902, tomba d'une échelle de 7 mètres de haut, sur le dos et la tête et resta évanoui pendant quelques instants. Après la reprise de ses sens, il essaya de reprendre son travail, mais les douleurs et l'œdème qui le prirent sur le dos de la main gauche l'empêchèrent. Le lendemain, il alla trouver son médecin qui constata une ecchymose et lui ordonna des compresses d'eau blanche et du repos. Pendant ce traitement, le dos de la main passa de la pâleur au bleu, puis au jaune ; mais comme l'œdème du dos de la main durait encore au bout de 15 jours et la mobilité des doigts était difficile, le malade fut admis à l'hôpital pour être traité par le massage. A l'examen que l'on fit, le 2 janvier 1903, on trouva ses muscles bien nourris, son appareil respiratoire, circulatoire et son système nerveux complètement sains. Il existait seulement un œdème considérable à la partie dorsale de la main, la paume était normale. L'œdème s'étendait aux doigts ; le périmètre d'un seul doigt, à l'exception du pouce, était à gauche plus grand de deux centimètres qu'à droite. Les plis du dos de la main avaient disparu. A la pression du doigt, la plaie rougit plus lentement qu'à droite, et l'empreinte ne reste pas.

L'œdème est très dur, on ne peut pas le déplacer contre le plan osseux ; en le pressant contre les tendons des extenseurs, en même temps en opérant des mouvements passifs des doigts on a la sensation de craquements secs de cuir neuf. La sensi-

bilité de la peau est normale, elle n'est pas plissée. La mobilité de l'articulation du poignet est libre. Les doigts peuvent se fléchir, mais l'extension n'est pas possible. La flexion active et passive peut se faire, mais elle est limitée. Le 19 janvier, l'examen par les rayons X ne montre aucune fracture, aucune fêlure, aucune lésion du périoste. On constate un peu d'atrophie osseuse.

Le traitement consista en bains chauds et mouvements passifs. Comme l'état ne changeait pas, je résolus de le traiter avec des injections de thiosinamine. Avec ce traitement, à partir de la troisième semaine, l'œdème diminua. Fin avril l'œdème du dos de la main disparut. La main put se fermer, la sensibilité à la pression devint moindre et le malade put reprendre son travail vers le 15 mai.

Observation XVI

(Brouardel)

B..., 53 ans, fut, le 19 mars 1902, projeté à l'extrémité d'un wagon dans lequel il se trouvait, par suite d'un tamponnement d'un train. Un certificat médical rédigé le même jour porte « une éraflure du bout du nez : sur la main droite, sur le pouce et l'index, trois éraflures ; une douleur dans le genou gauche ». Le blessé continua le voyage : le lendemain un nouveau certificat renseigne : « le matin, le genou est plus douloureux qu'hier ; il y a du gonflement ; dans ces conclusions le repos est formellement indiqué ». Du 18 avril 1902 au 3 octobre 1903, cinq certificats du médecin traitant déclarent que le blessé est atteint d'une arthrite sèche du genou gauche avec œdème de la jambe du même côté. Du 8 avril au 31 juillet 1902, on constate de l'œdème de la jambe gauche et de l'intégrité de

l'articulation du genou après palpation et examen radioscopique.

Le 9 janvier 1904, l'examen est fait par M. Brouardel en commun avec M. le docteur Raymond. B... est vigoureux. Pas de lésions viscérales. Bonne santé générale. N'a souffert que de quelques fluxions hémorroïdales.

Au membre inférieur gauche, on constate une atrophie considérable de la jambe, à partir de la ligne articulaire du genou, jusqu'à l'extrémité du pied ; la peau est rougeâtre jusqu'à un certain point, une hypertrophie des papilles ; l'empreinte du doigt persiste dans les tissus. La sensibilité sous tous ses modes est complètement abolie : cependant la piqûre provoque une contraction des pupilles, cette piqûre a été perçue, mais à l'insu du malade ; le trouble de la sensibilité a une limite très nette ; elle est, suivant l'expression classique, en forme de jambe de pantalon.

L'articulation du genou est absolument intacte, on ne perçoit pas de craquements. Les vaisseaux de la cuisse, du creux poplité ne présentent aucune altération. Il existe un léger tremblement des doigts qui paraît dû à un certain degré d'éthylisme.

Observation XVII

(Due à l'obligeance de M. Martin)

V.... âgé de 21 ans, mécanicien, glisse le 5 septembre et se laisse tomber contre un mur sur lequel son coude droit heurte assez violemment ; lorsqu'il se relève il a une vive douleur de l'épaule et de l'impotence. Le médecin appelé diagnostique une simple contusion et prescrit des compresses humides. Ni à cette date, ni les jours suivants, son épaule ne présente d'ecchymose.

Quinze jours après, l'épaule est le siège d'un gonflement légèrement rougeâtre qui se propage dans la région de l'aisselle et du scapulum. Le médecin traitant pensant à un phlegmon envoie le malade à l'hôpital ; mais à ce moment-là les douleurs avaient disparu et le malade ne souffrait plus. L'interne de garde diagnostique et réduit une luxation intra-coracoïdienne. Trois jours après le malade sort de l'hôpital.

Il rentre de nouveau le 28 septembre et voici ce que nous observons : le teint est terreux, jaunâtre, la langue saburrale, il n'y a pourtant pas de fièvre. Le moignon de l'épaule est très tuméfié et présente une coloration rougeâtre. La tuméfaction s'étend en avant sur le pectoral jusqu'au sternum, en arrière jusqu'au milieu de l'omoplate. Le membre supérieur est augmenté de volume, mais sa couleur blanchâtre tranche nettement sur celles du moignon de l'épaule. Le malade ne souffre pas; à la pression, il ressent une légère douleur ; à la palpation, la partie malade est d'une dureté ligneuse ; la peau très infiltrée, ces parties ne sont pas dépressibles et la pression n'y détermine pas de godet d'œdème. Cette induration occupe le pectoral et le creux de l'aisselle (dans lequel on ne peut limiter la masse ganglionnaire). Les muscles scapulaires participant au même processus sont moins indurés. Sur le bras l'œdème est très mou, la pression y détermine des godets déprimés, blancs, très persistants. La sensibilité est normale.

Tout mouvement de l'épaule est impossible. L'avant-bras et la main gauche peuvent exécuter quelques mouvements, mais très réduits et limités par la distension du tissu cellulaire.

Pensant qu'il s'agit d'une suppuration profonde axillaire ou sous-pectorale, M. le professeur de Rouville décide d'intervenir.

Le 29 septembre, une large incision de la paroi antérieure de l'aisselle est pratiquée : le tissu cellulaire, très induré,

forme un véritable mastic qui engaine et comprime le paquet vasculo-nerveux, expliquant l'œdème mou du bras. Il n'y a pas de trace de collection purulente, ni dans l'aisselle, ni sous le pectoral. Drainage large et suture de l'incision.

Les jours suivants l'aspect du malade se colore, l'appétit revient. L'induration ligneuse et l'œdème du bras persistait toujours. Pas de trace d'écoulement purulent.

Un mois plus tard l'induration et l'œdème ont diminué. Les plaies opératoires sont cicatrisées. Le 10 décembre l'induration a presque disparu. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont tout à fait impossibles. Les muscles de l'avant-bras se contractent bien, mais l'articulation et les gaines immobilisées par l'inflammation plastique obéissent peu aux contractions musculaires.

Le 15 janvier 1905, M. le professeur Tédenat a revu le malade, l'induration a presque disparu, les mouvements de l'articulation commencent à se faire. Comme traitement on a employé les pansements humides.

Observation XVIII

(Moreau)

B..., 44 ans, en descendant du train, le 4 novembre 1903, dans l'obscurité, eut le pied gauche pris entre deux rails et fit une chute sur le sol. Le même jour il fut visité par le docteur X..., qui déclara que B... s'était fait une entorse du pied gauche.

Huit jours après, un autre médecin fit les constatations suivantes : « Le pied et la jambe gauches sont le siège d'un gonflement assez considérable. A la palpation on ne perçoit nulle part de chaleur inflammatoire, ni de douleur vive, sauf en un

point situé sur le péroné, à quelques centimètres au-dessus de la malléole. Les mouvements de latéralité du pied ne sont pas douloureux ; les attaches du pied sont bien conservées ».

Le 6 février 1904, je l'examinai et constatai : santé générale bonne, langue saburrale, estomac dilaté par des gaz ; pouls 24.

Symptômes subjectifs du côté du membre inférieur gauche : impossibilité presque complète des mouvements dans l'articulation du cou-de-pied ; douleurs permanentes dans la jambe, qui empêchent même parfois le patient de dormir.

Symptômes objectifs : tuméfaction de toute la jambe gauche ; la température du membre gauche est moins élevée que celle du membre droit au-dessous du genou. La jambe est œdématiée et la pression des doigts forte et prolongée y reste marquée. Il existe aussi un certain épaississement dans les gaines des muscles fléchisseurs du pied. Les mouvements passifs de l'articulation tibio-tarsienne sont très limités.

Le 11 août nous constatons toujours le même état et nous décidons de le faire radiographier, ce qui nous fit constater une fracture du péroné.

Enfin le 19 novembre 1904, après un dernier examen, nous constatons que tous les traitements scrupuleusement suivis ont échoué ; la situation du malade n'a pas changé ; mais l'œdème du membre blessé a augmenté. La peau est légèrement cyanosée et lisse. La pression des doigts y laisse une empreinte. Il reste toujours incapable de s'appuyer sur son membre blessé.

CHAPITRE III

Œdème nerveux

L'œdème nerveux s'observe dans les affections cérébrales, hémorragie et ramollissement ; il peut alors être précoce survenant quelques jours après l'ictus ; il est vaso-moteur dans ce cas ; ou bien il survient tardivement et serait consécutif aux altérations vasculaires.

Il est fréquent dans les maladies de la moëlle, il existe dans les myélites aiguës, apparaît dans le tabès, sur les membres atteints d'arthropathies. Dans la syringomyélie, il prend part à la main succulente de Marie. L'œdème se développe encore dans les névrites à la suite des plaies et des contusions des nerfs ; il se produit dans la névralgie du trijumeau, dans la sciatique. On le rencontre dans les maladies générales à perturbation vaso-motrice telles que le rhumatisme articulaire aigu et dans les intoxications, comme l'intoxication oxy-carbonée. Dans les névroses, au cours de la maladie de Parkinson, dans la tétanie, dans le goître exophtalmique. Il est surtout fréquent dans l'hystérie, où il a été décrit par Sydenham. On voit encore chez les nerveux, à la suite de troubles psychiques ou de traumatismes, en rapport avec les menstruations ou la grossesse, un œdème dit par Quincke, œdème circonscrit de la peau.

L'œdème nerveux se présente avec des caractères variables. Il est unilatéral ou bilatéral, et dans ce cas symétrique, oc-

cupe soit l'extrémité ou le membre dans sa totalité. Souvent il reste limité à une certaine zone et a une véritable tendance à se circonscrire.

L'apparence de l'œdème nerveux diffère suivant les cas. Le plus souvent, c'est un œdème élastique, ne prenant pas l'empreinte du doigt ; mais dans certains cas le godet peut se faire. Il est extrêmement dur dans le tabès.

La coloration de l'œdème varie. C'est ainsi que dans l'hystérie, Sydenham avait noté la teinte blanche de la peau comme chez les hydropiques vrais. Charcot a particulièrement étudié l'œdème bleu. La teinte est donc variable, mais surtout d'une personne à une autre ; presque toujours le même individu fera son œdème de même couleur. Si la couleur varie d'un sujet à un autre, c'est que probablement le même processus entraîne suivant les sujets des réactions différentes des capillaires cutanés.

Le début de cet œdème est souvent rapide. Bauke a signalé à la suite des émotions, surtout si elles surviennent au moment des règles, l'apparition d'œdème qui siège à la face du cou, à la nuque. L'œdème des tabétiques apparaît tout d'un coup, de même l'œdème des hystériques ; il est en général plus marqué le matin ; disparaît brusquement, comme l'œdème angio-neurotique. La chloroformisation fait disparaître la coloration de l'œdème bleu des hystériques. Il est sujet à des récidives, apparaît par accès en général périodique. La durée de ces œdèmes est variable, persistant quoique soumis à des variations lors d'affections organiques, telles que la syringomyélie, il a une durée des plus capricieuses dans les troubles nerveux dynamiques tels que l'hystérie, où il ne peut persister que quelques heures ou se prolonger des mois et même des années.

Les œdèmes du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, consécutifs aux lésions nerveuses traumatiques ou infectieuses ne siègent pas sur les régions du corps qui ont été tou-

chées par le traumatisme ou par l'agent infectieux, mais le long des nerfs blessés ou infectés.

Phlegmon ligneux

En 1892, M. le professeur Reclus décrivait une entité morbide, qu'il appela phlegmon ligneux et qui n'est sans doute qu'une modalité particulière de l'inflammation phlegmoneuse. M. Lejars, reprenant l'étude de Reclus, nous décrit ainsi l'évolution du phlegmon ligneux.

« Quel que soit son habitat, quelles que soient les conditions d'âge et de sexe dans lesquelles il se développe, il se distingue tout autant par son évolution singulière que par sa consistance en bois, ou mieux, l'un et l'autre caractères marchent de pair, se commandent et s'associent. Sans doute l'infection dont il procède suppose une porte d'entrée, mais cette porte est presque toujours étroite, peu apparente, parfois refermée et dissimulée au moment où l'on vient observer le phlegmon ; au cou c'est naturellement sur la muqueuse bucco-pharyngée et les amygdales qu'il y a lieu de la rechercher. La plaque phlegmoneuse s'étend très lentement en nappe, finit par occuper une vaste zone, dure comme une planche de rebords nets, se dessinant en relief ; parfois elle englobe les tissus profonds et la peau, puis elle cesse de croître et demeure longtemps, des semaines et même des mois, immobile, indolente, apyrétique. Cette absence de douleur, même à la pression, ce manque de toute réaction fébrile, au moins durable, ces allures de tumeurs inertes, sont caractéristiques, la fin ne l'est pas moins. Il arrive que ces tumeurs suppurent mais toujours par petits foyers, disséminés, successifs, rares,

et dont l'évacuation ne contribue que fort peu à la réduction de la masse totale. Ailleurs le pus ne se montre jamais et le phlegmon se résorbe tout entier, à froid.

» Cette résorption est lente, prolongée, suspecte d'abord, mais elle s'achève jusqu'au bout et la guérison est complète ».

CHAPITRE IV

En étudiant les relations de Moreau, Brouardel et Martin, les comparant avec celles de MM. Secretan, Borchard et Grunbaum, ne semble-t-il pas qu'il s'agit de la même affection ?

L'œdème que nous observons dans les cas de MM. Brouardel, Moreau et du docteur Martin, n'est pas plus inflammatoire que celui de l'œdème dur ; il a une longue durée, qui empêche de prévoir le moment de la guérison. Il est vrai que leur étiologie est un peu différente ; ainsi, dans le cas de M. Moreau, il a été trouvé à l'examen radioscopique une petite fissure du péroné ; dans celui du docteur Martin une luxation intra-coracoïdienne ; mais ces lésions sont infiniment moins graves que beaucoup d'autres qui sont terminées par une guérison complète. Les chocs éprouvés par ces trois malades ont été relativement faibles, bien que leurs conséquences aient été graves.

MM. Grunbaum et Borchard ont émis certaines hypothèses sur l'origine des œdèmes durs et sur la provenance des épanchements plus ou moins plastiques par lesquels ils sont formés. D'autre part M. Brouardel leur assigne une origine de nature hystérique. Il nous semble que cette hypothèse doit être écartée par les caractères que présentent les œdèmes nerveux : leur apparition spontanée, leur disparition brusque au

bout d'un temps plus ou moins variable, leur consistance tantôt dure, tantôt molle. Ils évoluent souvent sans s'accompagner de douleur. La présence des stigmates dans l'hystérie permet d'en faire le diagnostic dans la plupart des cas.

Ne pourrait-on pas penser comme l'ont fait M. Moreau et le docteur Martin, qu'il s'agit dans ces œdèmes d'un processus microbien spécial, mais continu et progressif, comme celui décrit par Reclus en 1893 dans la maladie spéciale qu'il appelle « phlegmon ligneux du cou ».

Nous avons vu, dans la description qu'en fait Lejars, que la localisation au cou ne serait pas nécessaire pour qu'il s'agît d'un phlegmon ligneux, et on peut admettre qui si ce processus peut siéger à la paroi du ventre, il peut de même se rencontrer sur le dos de la main, sur le dos du pied et partout ailleurs. M. Jeaney a décrit une tuméfaction du même genre qui s'est manifestée à l'avant-bras, consécutivement à un phlegmon aigu qui s'était développé à la suite d'un traumatisme.

L'examen d'un fragment de pareille tumeur excisée par M. Kiedel, montra que ce morceau avait une consistance d'une dureté étonnante, rappelant celle d'un tissu cicatriciel et la surface des coupes qu'on y pratiqua était lisse et blanchâtre. L'examen microscopique montra que ce fragment était composé de tissu cellulaire abondant et presque cicatriciel infiltré de cellules. Il nous paraît que cet examen microscopique est absolument semblable à celui qui fut fait dans un cas d'œdème dur par M. Secretan. De même dans le cas de M. Martin, après avoir incisé la paroi, on trouva un tissu très induré, ressemblant à du mastic, qui engainait et comprimait tout le paquet vasculo-nerveux expliquant l'œdème du bas.

Si l'on considère que la cause essentielle du phlegmon ligneux a été rattachée par un grand nombre de praticiens, à

une infection par des germes atténués non d'un microbe, mais d'un grand nombre de microbes différents, bien que le point de départ ait été le plus souvent le pharynx, on peut penser qu'il en a été autrement dans les cas de phlegmons ligneux observés à l'avant-bras et à la paroi abdominale.

CONCLUSIONS

Nous concluons qu'il peut en être ainsi au dos de la main, au dos du pied et dans n'importe quelle autre région du tronc et du membre, sous l'influence d'un traumatisme qui mettrait en liberté dans les tissus les germes microbiens qui circulent dans l'organisme ;

Qu'il peut se produire sous l'action de ces germes une infiltration spéciale ayant tendance à se transformer en tissu fibreux dur, se résorbant très lentement, nettement limitée dans le cas d'œdème dur traumatique, comme pour le phlegmon ligneux, mais pouvant avoir un caractère envahissant, ainsi que ce fut dans les cas de Moreau, Brouardel et Martin ; processus caractérisé surtout par sa longue durée et sa résistance à tous moyens thérapeutiques.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 janvier 1906.
Pr Le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 janvier 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Secretan. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 juillet 1901 et avril 1903.

Vulliet. — *Centralblatt fur chirurgie*, 1902, p. 1105.

Borchard. — *Monatschrift fur Unfoll.*, février 1903.

Cheinisse. — *Semaine médicale*, 1903.

Grunbaum. — *Deutsche med. Woch.*, 1903, n° 51, n° 52.

Romme. — *Presse médicale*, 1904.

Reclus. — *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

Lejars. — *Semaine médicale*, 1905.

Traité médecine Brouardel et Gilbert, t. VIII.

Brouardel. — *Bulletin médecine légale*, juin 1904.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !